

WISCONSIN

EDUCATION
(SPANISH)

Directiva sobre la atención médica

Comunicando sus opciones sobre la atención médica

For an English copy, see “Health Care Directive:
Making Your Health Care Choices Known,” gen-ah-96884.



Allina Health

Mi directiva sobre la atención médica

Mi directiva de atención médica ha sido creada para guiar al círculo de quienes me cuidan (familiares, amigos y otros seres cercanos a mí) y a los cuidadores de mi salud, para que tomen decisiones de parte mía en caso de que mis enfermedades o lesiones me impidan comunicarme en ese momento.

Entiendo que es mi responsabilidad hablar de mis deseos, metas y valores con mi proveedor de atención de la salud, agente(s) de atención médica y círculo de atención. Esto les ayudará a entender mis deseos, metas y valores en la medida de su capacidad y ayudará a mi agente de atención médica a tomar decisiones por mí que coincidan con mis opciones de atención médica.

Entiendo que mi agente de atención médica y mi proveedor o proveedores de atención médica podrían no ser capaces de cumplir con mis deseos, metas y valores en cada circunstancia.

He creado este documento con mucha reflexión.

Cualquier documento de directiva sobre la atención médica creado antes de éste ya no es válido.

Mi nombre legal: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Mi dirección: _____

Mi número de teléfono: _____

Mi número de teléfono celular: _____

NAME, DOB, MRN

Poder para documento de atención médica

Aviso a la persona que hace este documento

Usted tiene el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. No se le puede dar ninguna atención médica si usted objeta a la misma, y la atención médica necesaria no puede ser detenida o retenida si usted se opone.

Dado que podría que sus proveedores de atención médica en algunos casos no hayan tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, a menudo no están familiarizados con sus creencias y valores y los detalles de sus relaciones familiares. Esto plantea un problema si usted se vuelve física o mentalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica.

Para evitar este problema, puede firmar este documento jurídico para especificar a la persona a la que quisiera que tomara las decisiones acerca de su atención médica en su nombre si usted no pudiera tomar esas decisiones personalmente. Esa persona se conoce como su agente de atención médica. Debe tomarse algún tiempo para discutir sus pensamientos y sus creencias acerca del tratamiento médico con la persona o personas que usted ha especificado. Usted podría indicar en este documento cualquier tipo de atención médica que usted quiere o no quiere, y podría limitar la autoridad de su agente de atención médica. Si su agente de atención médica no es consciente de sus deseos al respecto de una decisión de atención de la salud, esta persona tiene como requisito determinar que sería lo mejor para usted al tomar la decisión.

Este es un documento jurídico importante. Le concede a su agente poderes amplios para tomar decisiones sobre su atención médica en su nombre. Revoca cualquier poder previo para la atención médica que usted haya hecho. Si usted desea cambiar su poder para la atención médica, podría revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, mandando a otra persona a destruirlo en su presencia, firmando una declaración escrita y fechada, o declarando que la ha revocado en presencia de dos testigos.

Si lo revoca, debe informárselo a su agente, a sus proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a la que usted le haya dado una copia. **Si su agente es su cónyuge o pareja de hecho y el matrimonio se anula o están divorciados o la sociedad doméstica se termina después de firmar este documento, el documento es inválido.**

También podría utilizar este documento para hacer o negarse a hacer alguna donación anatómica después de su muerte. Si utiliza este documento para hacer o negarse a hacer una donación anatómica, este documento revoca cualquier registro anterior de donación que usted haya hecho. Usted puede revocar o cambiar cualquier donación anatómica que usted haga en este documento tachando la estipulación de donaciones anatómicas en este documento.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente.

Se sugiere que guarde el original del presente documento en su archivo junto con su proveedor de atención de la salud.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Parte 1: Mi agente de atención médica

He elegido a un/a agente de atención médica para hablar por mí en caso de que:

- No sea capaz de comunicar mis deseos, metas y valores, y mis decisiones sobre la atención médica debido a enfermedad o lesión
 - o
- mis proveedores de atención médica hayan determinado que no soy capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica.

Al escoger a mi agente de cuidados médicos, he considerado la habilidad de dicha persona para aceptar voluntariamente el tomar decisiones conforme en mis preferencias. Yo confío en esta persona para que siga mis deseos, objetivos y valores en situaciones difíciles.

Entiendo que mi agente de atención médica tiene que tener por lo menos 18 años de edad.

Nota: Si la persona que usted elige para ser su agente de atención médica es un proveedor de atención médica dándole atención ahora o posiblemente en el futuro, **no debe** seleccionar a esa persona como su agente de atención médica a menos que la persona esté relacionada con usted por vínculos de sangre, matrimonio, sociedad doméstica registrada o adopción.

Mi agente de atención médica principal es:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

Agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica no está disponible o dispuesto a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

NAME, DOB, MRN

Agentes alternos adicionales de atención médica (optativo)

2do agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica y mi primer agente alternativo de atención médica no están disponibles o dispuestos a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

3er agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica y otros agentes alternos de atención médica no están disponibles o dispuestos a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

4to agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica y otros agentes alternos de atención médicas no están disponibles o dispuestos a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

NAME, DOB, MRN

Poderes de mi agente de atención médica

Mi agente de atención médica tiene por omisión todos los poderes indicados a continuación mientras yo no pueda tomar decisiones acerca de mis cuidados de salud mientras recibo atención:

- Tomar decisiones acerca de mi atención médica, incluyendo las decisiones para iniciar, detener o cambiar mis tratamientos. Esto incluye decisiones sobre las pruebas, la medicina, la cirugía y otras decisiones sobre tratamientos, incluyendo tratamientos de salud mental o medicamentos, excepto como se señala en la sección de “limitaciones” en la página 8. Si ya ha comenzado el tratamiento, mi agente de atención médica puede continuarlo o detenerlo basado en instrucciones verbales y / o escritas.
- Interpretar cualquier instrucción en este documento de acuerdo con lo que mi agente de atención médica comprenda acerca de mis deseos, valores y objetivos.
- Revisar y emitir mis registros médicos, información de salud y otros registros personales cuando sea necesario para mi atención médica como representante personal bajo la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) y cualquier ley estatal similar.
- Organizar mis tratamientos y cuidados médicos en cualquier estado o localidad que mi agente considere apropiado. (Vea la página 6.)
- Decidir cuáles proveedores de atención médica y organizaciones proporcionarán mi atención y tratamiento.

Nota: Su agente de atención médica no puede tomar decisiones acerca de sus finanzas.

Considere hablar con un/a abogado acerca de preparar un documento de poder financiero si quisiera darle a alguien el poder para tomar decisiones financieras o llevar a cabo transacciones financieras en su nombre.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Poderes adicionales de mi agente de atención médica

Si quiero que mi agente de atención médica tenga cualquiera de los siguientes poderes, **he puesto mis iniciales** en la casilla o casillas a continuación.

Nota: Si no pone sus iniciales en una casilla en las secciones 1, 2 y 3, se entiende que su elección es que “no”. Esto significa que, si usted no hace una elección, su agente de atención médica no será capaz de tomar estas decisiones y será necesaria una orden judicial para permitirle recibir cierta atención y servicios como se describe a continuación de acuerdo a la ley de Wisconsin.

1. Ingreso a un hogar de ancianos o centro residencial con base comunitaria

Mi agente de atención médica podrá ingresarme a un centro de rehabilitación o centro residencial con base comunitaria para estancias de corta duración para la atención recuperativa o atención de relevo.

La autoridad de mi agente de atención médica para ingresarme a un centro de rehabilitación o centro residencial con base comunitaria para fines de atención a largo plazo es la siguiente:

Sí, mi agente de atención médica tiene la autoridad, si es necesario, para ingresarme a un hogar de ancianos o centro residencial con base comunitaria para una estancia a largo plazo. Esta autoridad está sujeta a cualquier límite que yo establezca en este documento y tampoco está en efecto si me diagnostican como discapacitado/a con problemas de desarrollo o como que tengo una enfermedad mental en el momento del ingreso propuesto.

No, mi agente de atención médica no tiene la autoridad para ingresarme a un hogar de ancianos o centro residencial con base comunitaria para una estancia a largo plazo.

Entiendo que tengo que elegir “sí” si quiero que mi agente de atención médica pueda ingresarme a un centro de atención a largo plazo para una estancia a largo plazo sin la necesidad de una orden judicial.

2. Retención o retiro de la sonda de alimentación

Sí, mi agente de atención médica cuenta con la autoridad para que dejarme colocada o retirar una sonda para alimentación, a menos que mi proveedor de atención de la salud recomiende, usando su criterio profesional, que dejarla colocada o retirarla podría provocarme dolor o malestar. Esto está sujeto a cualquier límite que yo establezca en este documento.

Nota: Se le seguirán ofreciendo medicamentos para el dolor y la comodidad, así como alimentos y líquidos por vía oral si usted es capaz de tragar.

No, mi agente de atención médica no tiene la autoridad para hacer que se retenga o se retire una sonda de alimentación de mi persona.

Entiendo que tengo que elegir “sí” si quiero que mi agente de atención médica pueda dar su consentimiento a que se retenga o se retire una sonda de alimentación de mi persona sin la necesidad de una orden judicial.

NAME, DOB, MRN

3. Decisiones sobre su atención médica durante el embarazo

Sí, mi agente de atención médica tiene la autoridad para tomar decisiones sobre la mi atención médica si estoy embarazada. Esto está sujeto a cualquier límite que yo establezca en este documento.

No, mi agente de atención médica no tiene la autoridad para tomar decisiones sobre mi atención médica si estoy embarazada.

Entiendo que tengo que elegir “sí” si quiero que mi agente de atención médica pueda tomar decisiones sobre mi atención médica si estoy embarazada sin la necesidad de una orden judicial.

No corresponde. (Use esta opción únicamente si no es físicamente capaz de quedar embarazada.)

4. Decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de la muerte

Sí, mi agente de atención médica tiene la autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de la muerte.

No, mi agente de atención médica no tiene la autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de mi cuerpo después de la muerte.

5. Continuando como agente de atención médica si la relación termina

Sí, mi agente de atención médica tiene la autoridad para continuar como mi agente de atención médica incluso si nuestro matrimonio o nuestra sociedad doméstica está terminando legalmente o ya ha terminado.

No, mi agente de atención médica no tiene la autoridad para continuar como mi agente de atención médica si nuestro matrimonio o nuestra sociedad doméstica está terminando legalmente o ya ha terminado.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Limitaciones de los poderes de mi agente de atención médica

De acuerdo con la ley de Wisconsin, mi agente de atención médica no podrá ingresarme o internarme en régimen hospitalario en una institución para enfermedades mentales, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual, un centro de tratamiento del estado o una instalación de tratamiento. Mi agente de atención médica no podrá dar su consentimiento a la investigación experimental de la salud mental o la psicocirugía, el tratamiento electroconvulsivo o procedimientos de tratamiento de salud mental drásticos en mi persona.

En caso de desear limitar la autoridad de mi agente de cuidados médicos para tomar cualquier otra decisión o acción, he escrito los límites a continuación.

NAME, DOB, MRN

Sección 2: Mis instrucciones para la atención médica

Mis opciones para mi atención médica son las siguientes. Le pido a mi agente de atención médica que represente estas opciones, y a mis proveedores de atención médica que las cumplan si yo no estoy en condiciones de comunicar o tomar mis propias decisiones.

Nota: Este documento le proporciona a su agente de atención médica la autoridad para tomar decisiones sólo cuando:

- sus proveedores de atención de la salud determinan que no puede tomar sus propias decisiones respecto de su atención médica
- usted le ha pedido a su agente de atención médica que toma decisiones por usted incluso si usted puede tomar decisiones o comunicarse por sí mismo/a.

La reanimación cardiopulmonar (RCP)

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un tratamiento utilizado para tratar de restablecer el ritmo cardíaco y la respiración cuando se han detenido. Podría incluir compresiones torácicas (en que se empuja el pecho de forma enérgica para hacer que circule la sangre), medicamentos, choques eléctricos, una sonda de respiración y una estancia hospitalaria.

Entiendo que:

- la RCP podría salvar la vida, pero no siempre funciona
- la RCP no funciona demasiado bien para las personas que tienen enfermedades crónicas (a largo plazo)
- la RCP puede provocar lesiones y la recuperación de la RCP puede ser un proceso doloroso y difícil.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

Mi elección acerca de la reanimación cardiopulmonar (RCP)

Quiero que la RCP se intente si mi corazón o respiración se detienen en todas las circunstancias.

Quiero que la RCP se intente si mi corazón o respiración se detienen **salvo cuando** mi proveedor de atención médica ha determinado que tengo poca o ninguna posibilidad razonable de supervivencia incluso con la RCP.

No quiero que la RCP (resucitación cardiopulmonar se intente) la resucitación cardiopulmonar si mi corazón o mi respiración se detienen. Prefiero una muerte natural. Si elijo esta opción, debo hablar con mi proveedor de atención médica.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Tratamientos para extender mi vida

Si mis proveedores de atención médica determinan que estoy en un estado vegetativo, o que tengo una lesión cerebral permanente que significa que es muy probable que no voy a recuperar la conciencia o recuperar mi capacidad de saber quién soy, elijo lo siguiente.

Nota: en cualquier caso, se le continuarán ofreciendo medicamentos para el dolor y atención para que se sienta más cómodo (medidas de confort), así también como alimentos y bebidas por vía oral si usted puede tragar.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

My choice is:

Quisiera detener o retener todos los tratamientos que están extendiendo mi vida en este momento. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa (IV), el respirador o ventilador (máquina de respiración), la RCP y los antibióticos (medicamentos).

Quisiera todo el tratamiento recomendado por mi equipo de atención médica hasta que estén de acuerdo en que dichos tratamientos son perjudiciales y ya no ayudan. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa, el respirador o ventilador, la RCP y los antibióticos.

Quisiera recibir tratamiento limitado. Quisiera recibir ciertos tipos de atención en ciertas circunstancias, como he escrito a continuación. Por ejemplo, podría escribir que desea vivir con soporte vital hasta que haya llegado todo su círculo de atención.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Enfermedad terminal

Una enfermedad terminal es una condición activa y que sigue empeorando, que no se puede curar y que se espera conduzca a la muerte.

Nota: en cualquier caso, se le continuarán ofreciendo medicamentos para el dolor y atención para que se sienta más cómodo (medidas de confort), así también como alimentos y bebidas por vía oral si usted puede tragar.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

Si tengo una enfermedad terminal, mi elección es:

- Quisiera detener o retener todos los tratamientos** que están extendiendo mi vida. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa, el respirador o ventilador, la RCP y los antibióticos.
- Quisiera recibir todo el tratamiento** recomendado por mi equipo de atención médica hasta que estén de acuerdo en que dichos tratamientos son perjudiciales y ya no ayudan. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa, el respirador o ventilador, la RCP y los antibióticos.
- Quisiera recibir tratamiento limitado.** Quisiera recibir ciertos tipos de atención en ciertas situaciones, como he escrito a continuación. Por ejemplo, puede escribir que usted quiere recibir antibióticos para tratar cualquier tipo de infecciones.

NAME, DOB, MRN

Otras opciones de tratamiento (optativo)

Nota: Utilice este espacio para anotar cualesquiera opciones de tratamiento que pueda tener para su condición particular. Por ejemplo, si padece diabetes puede anotar su opinión y deseos sobre la diálisis. Puede dejar este espacio en blanco.

La donación de órganos

La donación de órganos es el donar órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo a otras personas que las necesita.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

No quiero donar mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo. No permito esta donación después de mi muerte.

Sí quiero donar cualquiera o todos mis órganos, ojos, tejidos u otras partes del cuerpo. Permito esta donación después de mi muerte. Mi agente de atención médica está autorizado/a a iniciar o continuar tratamientos de apoyo o cualquiera otra intervención que sea necesaria para mantener mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo hasta que la donación se haya completado.

Sí quiero donar, pero quiero limitar mis donaciones de tejidos y órganos. Autorizo la donación limitada, como he escrito a continuación, después de mi muerte. Mi agente de atención médica está autorizado/a a iniciar o continuar tratamientos de apoyo o cualquiera otra intervención que sea necesaria para mantener mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo hasta que la donación se haya completado.

No he decidido si voy a donar cualquiera o todos mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo. Autorizo a mi agente de atención médica a tomar esta decisión después de mi muerte.

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

La autopsia

Se hace una autopsia para confirmar la causa de la muerte o para avanzar la ciencia médica. Podría haber costos por una autopsia.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

No quiero que se haga una autopsia a menos que sea requerido por la ley.

Sí permito que mi agente de atención médica pida una autopsia si puede ayudar a otras personas a entender la causa de mi muerte o ayudar a los miembros de mi familia a tomar decisiones acerca de su atención médica futura.

No he decidido si permitiría una autopsia. Autorizo a mi agente de atención médica a tomar esta decisión después de mi muerte.

Comentarios o instrucciones a los proveedores de atención médica (optativo)

Nota: Utilice este espacio para anotar cualquiera instrucción o mensajes adicionales a su equipo de atención médica que no hayan sido cubiertos en esta directiva sobre la atención médica, o para ampliar o aclarar sus deseos, metas y valores. Puede dejar este espacio en blanco.

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

Sección 3: Mis esperanzas y deseos

Nota: esta sección es opcional, pero puede ayudar a su agente de atención médica y a los miembros de su círculo de cuidados involucrados a tomar decisiones en su nombre al término de su vida.

Quiero que los involucrados en mi atención médica y en las decisiones sobre la atención médica conozcan los pensamientos y sentimientos siguientes:

1. Las cosas que le dan más valor a la vida para mí son (enumere las cosas que hacen que usted se levante de buen grado por la mañana):

2. Mis creencias acerca de cuándo la vida ya no sería digna de ser vivida (enumere ejemplos de situaciones en las que vivir sería peor que morir):

3. Mis opciones acerca de tratamientos médicos específicos, si existen (esto podría incluir sus opciones acerca de los ventiladores, la diálisis, los antibióticos, la alimentación por sonda, el cuidado de hospicio o el cuidado paliativo):

El cuidado de hospicio

El cuidado de hospicio se centra en su comodidad y calidad de vida cuando su médico cree que usted tiene 6 meses o menos de vida.

El cuidado paliativo

El cuidado paliativo está disponible si se encuentra en cualquiera de las fases de una enfermedad avanzada. Se centra en el tratamiento de los síntomas, preocupaciones emocionales y espirituales, y ayuda a usted y a su familia a entender sus opciones en cuanto a la enfermedad y el tratamiento.

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

4. Mis esperanzas y deseos acerca de cómo y cuándo quisiera morir: (Comience su enunciado con “Si es posible, quisiera...”)
5. Si me estoy acercando a la muerte, agradecería lo siguiente para la comodidad y el apoyo: (Piense las medidas o artículos de confort y el apoyo de los visitantes.)
6. Comparta sus opiniones, pensamientos y sentimientos acerca de con qué apoyo espiritual pueden contribuir las personas que lo están cuidando para honrar sus tradiciones religiosas, culturales y de fe.
7. Mi afiliación religiosa, espiritual o de fe:
- Soy de la fe _____ y miembro de la comunidad religiosa de _____ en (la ciudad) _____. Por favor, intente comunicarse con ellos para informarles mi defunción y coordine para que ellos proporcionen los arreglos después de mi muerte, incluyendo el funeral y/o las celebraciones conmemorativas.
- Prefiero ser enterrado / cremado. (Marque una de las opciones con un círculo)
- Instrucciones para el cuidado de mi cuerpo después de la muerte:
- Quisiera incluir las siguientes personas, música, rituales, etc., si fuera posible:
8. Otras preferencias e instrucciones (por ejemplo, indicaciones acerca de donar su cuerpo a la ciencia):

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

Sección 4: Hacer que mi directiva sobre la atención médica sea válida

Bajo la ley de Wisconsin, usted debe firmar y fechar este documento en Wisconsin en la presencia de dos testigos.

- Los trabajadores sociales y los capellanes son los únicos proveedores de atención médica que pueden servir de testigos en Wisconsin.
- Además, los testigos no pueden:
 - estar emparentados con usted o designados como agentes de atención médica en este documento
 - tener el derecho a cobrar dinero o bienes de su patrimonio después de su muerte si ellos lo conocen con anterioridad
 - ser directa y financieramente responsables por su atención médica.

Importante: Espere a firmar su nombre hasta que esté en la presencia de dos testigos. Las fechas de las firmas deben coincidir.

He hecho este documento voluntariamente. Estoy pensando claramente. Este documento expresa mis opciones en cuanto a mis decisiones sobre la atención médica:

Firma: _____ Fecha: _____

Si no pudiera firmar, le pido a la siguiente persona que firme por mí:

Firma: _____

Imprima el nombre: _____ Fecha: _____

EL motivo por el que no puedo firmar es: _____

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Dos testigos

Dos testigos:

- Este documento fue firmado en mi presencia por la persona que completó este documento o por el individuo que la persona autorizó para que firme en su nombre.
- Tengo por lo menos 18 años de edad.
- No estoy nombrado como agente de atención médica en este documento.
- No estoy relacionado por vínculos de sangre, matrimonio, sociedad doméstica registrada o adopción a la persona que firma este documento.
- No soy directa o financieramente responsable por la atención médica de esta persona.
- No soy un proveedor de atención médica directamente atendiendo a la persona en este momento.
- No soy empleado (aparte de un trabajador social o capellán) de un proveedor de atención médica directamente atendiendo a la persona en este momento.
- No estoy consciente de tener el derecho a heredar o cobrar algún dinero o propiedad de los bienes de la persona después de que la persona muera.

Firma de testigo 1:

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Dirección: _____

Firma de testigo 2:

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Dirección: _____

NAME, DOB, MRN

Sección 5: los próximos pasos

Ahora que usted ha completado su directiva sobre la atención médica, tiene algunos pasos más que terminar. Esta hoja no es parte de su directiva sobre la atención médica. Puede separarla del resto del documento y utilizarla como hoja de trabajo.

Lista de verificación

- Mantenga la copia original de su directiva sobre la atención médica donde se pueda encontrar fácilmente.
- Deles una copia de su directiva sobre la atención médica a su agente de atención médica, a sus proveedores de atención médica (para que pueda ser escaneada en su historial médico) y a aquéllos que puedan estar involucrados en su atención médica o en ayudar a tomar decisiones sobre la atención médica para usted.
- Hable con cualquiera que pueda estar involucrado si tiene una enfermedad o lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su agente de atención médica y que comprendan sus deseos, metas y valores.
- Si va al hospital o al centro de rehabilitación, llévese una copia de su directiva sobre la atención médica y pida que sea escaneada en su historial médico.
- Revise, actualice o complete una directiva nueva sobre la atención médica al menos cada 5 años o si:
 - hay un cambio de relación, como divorcio, separación, o muerte
 - lo/la diagnostican con una condición de salud grave
 - su salud empeora de forma significativa, en particular si es incapaz de cuidar de sí mismo o no puede vivir por su cuenta
 - su agente de atención médica ya no quiere o no puede.
- Si sus opciones cambian, complete una directiva nueva sobre la atención médica y deles copias nuevas a su agente de atención médica, a su proveedor o proveedores de atención médica, y a otras personas que puedan estar involucrados en su atención médica o en ayudar a tomar decisiones sobre la atención médica para usted y a cualquiera que tenga copias de su antigua directiva sobre la atención médica. Dígales lo que ha cambiado y que destruyan las copias anteriores.

Quiénes tienen copias de este documento

Dele una copia de este documento a su agente de atención médica, sus proveedores de salud, su consejero religioso, espiritual o de fe, al igual que aquellos que estén involucrados en su atención de la salud, o en tomar decisiones de salud en su nombre. Lleve también una copia de su directiva sobre la atención médica con usted cuando vaya al hospital o a la clínica para que lo atiendan.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



allinahealth.org